

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

COMISIÓN PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA
“CCSHCN”, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de Vigencia: 4/14/05 (actualizado 8/5/09)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

¿QUÉ ES ESTE AVISO?

Este Aviso de Prácticas de Privacidad es requerido por la Ley de Portabilidad y Contabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.

ESTE AVISO LE DICE:

- ? Cómo la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica (CCSHCN) y sus socios de negocios contratados pueden usar y revelar su información de salud protegida (PHI) para realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por ley.
- ? Cuáles son SUS derechos con respecto al acceso y control de su información médica.
- ? Cómo CCSHCN protege su información médica.

LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RESUMIDAS EN ESTE AVISO SERÁN SEGUIDAS POR:

- ? Los empleados de CCSHCN
- ? Los profesionales de atención médica que están autorizados para ingresar información en su registro médico
- ? Los voluntarios de CCSHCN que tienen permitido ayudarle mientras recibe servicios de CCSHCN
- ? Los consultores o contratistas de CCSHCN y sus empleados
- ? Otras Divisiones dentro del Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia

Las partes arriba mencionadas pueden compartir información de salud entre sí cuando sea necesario con fines de tratamiento, pago u operaciones administrativas descritos en este aviso.

NUESTRO DEBER DE PROTEGER SU PRIVACIDAD

Su información de salud es personal. CCSHCN está legalmente obligada a proteger la privacidad de su información de salud personal en todos los aspectos de sus negocios, y tiene políticas escritas sobre cómo proteger esta privacidad. Cuando se revela su información de salud, CCSHCN tiene que revelar solamente la información necesaria para lograr el propósito de la revelación. Sin embargo, si usted firma un formulario de autorización, toda su información de salud personal estará disponible para revelarse a usted, a un proveedor para el tratamiento, o para cumplir un requisito legal.

¿ADÓNDE ENVÍO PREGUNTAS O PETICIONES?

Para hacer preguntas acerca de sus derechos de privacidad o para presentar una petición por escrito a CCSHCN con respecto a su derecho a privacidad, escriba a la siguiente dirección:

CCSHCN Privacy Officer
Commission for Children with Special Health Care Needs
310 Whittington Parkway, Suite 200
Louisville Kentucky 40222

O usted puede llamar al Oficial de Privacidad de CCSHCN marcando el 1-800-232-1160. Si usted tiene un impedimento de audición o del habla, puede llamar al número de TDD/TTY: 1-877-757-4327.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

La ley requiere que esta organización:

- ? Acate los términos del aviso vigente
- ? Apoye sus Derechos de Privacidad bajo la ley
- ? Le proporcione una copia en papel de este aviso legal y lo publique en el sitio web de CCSHCN
- ? Le dé un nuevo aviso si las prácticas de privacidad de CCSHCN cambian
- ? Trate su información de salud personal de manera confidencial, no usando ni revelando su información sin su permiso por escrito, excepto en las circunstancias permisibles dadas en este aviso
- ? Le diga los tipos de información que CCSHCN recopila acerca de usted

El adulto responsable escriba sus iniciales después de leer lo de arriba y tener sus preguntas contestadas por un empleado: _____ Testigo del personal de CCSHCN: _____

- ? Revele su información de salud en caso de emergencia. (Esta revelación de su información tiene que ser en su mejor interés.)
- ? Le informe cuando CSHCN da su información a entidades de mantenimiento de la ley y el orden o a entidades legales, a menos que se crea que informarle impediría una investigación o causaría daños
- ? Le avise si CSHCN no puede aceptar una restricción/enmienda solicitada
- ? Siga las leyes estatales con respecto a la revelación de su información de salud personal en las instancias en que las leyes estatales proporcionan una protección más fuerte de su información que la ley HIPAA
- ? Acomode peticiones razonables para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos

CSHCN se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad y hacer efectivas las nuevas estipulaciones para toda la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que CSHCN mantiene. Si las prácticas de información de CSHCN cambian, CSHCN fijará un nuevo Aviso en un lugar evidente y visible en las áreas de las clínicas de CSHCN y en los vestíbulos de cada oficina de CSHCN. Usted puede obtener una copia del nuevo Aviso en cualquier oficina de CSHCN.

El nuevo aviso también estará en el sitio web de CSHCN junto con otra información acerca de servicios o beneficios para los clientes. La dirección del sitio web es:

<http://chfs.ky.gov/ccshcn/>

CSHCN no usará ni revelará su información de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

ENTENDER SU REGISTRO/INFORMACIÓN DE SALUD

Cada vez que usted visita una clínica, médico, terapeuta u otro proveedor de atención médica, se hace un registro de su visita. Este registro contiene información acerca de usted, incluyendo información demográfica (p.ej., su nombre, dirección y número de teléfono) y se relaciona con su condición de salud física o mental del pasado, presente o futuro. Esta información, conocida a menudo como su registro médico o de salud, sirve como:

TRATAMIENTO

- ? Una base para planificar su cuidado y tratamiento (por ejemplo, un doctor puede usar la información en su registro médico para determinar la opción de tratamiento que mejor abordaría sus necesidades de salud).
- ? Un medio de comunicación entre los varios profesionales de atención médica que participan en su cuidado. Por ejemplo, su médico de atención primaria y/o otros proveedores de atención médica que no están afiliados con CSHCN pero participan en su cuidado.

PAGO

- ? Un medio para que una compañía de seguros pague por sus tratamientos. CSHCN presentará una factura que lo identifica a usted, su diagnóstico y el tratamiento ofrecido. Como resultado, CSHCN pasará tal información al agente de facturación de CSHCN para recibir pago por sus facturas médicas.
- ? Un medio por el cual usted o un pagador a terceros puede confirmar que los servicios facturados en realidad fueron entregados.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

- ? Una base de comunicación con otra agencia contratada para transcribir dictados médicos para el personal profesional de CSHCN.
- ? Una fuente de información usada por CSHCN en sus diagnósticos, tratamientos y resultados. CSHCN podría usar esta información para mejorar la calidad o el costo del cuidado. Estas actividades de mejoramiento de calidad y costo incluyen evaluar el rendimiento de enfermeros, doctores y otros profesionales de atención médica, o determinar la eficacia de tratamientos provistos a usted en comparación con pacientes en situaciones similares.
- ? Una herramienta para planear su cuidado. Esto incluye citas futuras, remisiones para tratamientos o servicios y oportunidades ofrecidas a través de recursos comunitarios. Por ejemplo, podríamos comunicarnos con un paciente con un impedimento de audición, un paciente con hemofilia o un paciente con anemia de células falciformes con respecto a nuevos servicios, procedimientos, grupos de apoyo, oportunidades de abogacía, campamentos, oportunidades de aprendizaje, medicamentos o proyectos de investigación.

SU INFORMACIÓN DE SALUD

Su registro médico contiene Información de Salud Protegida (PHI). Las leyes estatales y federales protegen esta información. El entender que CSHCN espera poder usar y compartir su información de salud le ayuda a usted a:

- ? Asegurarse de que esté correcta,
- ? Entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras partes pueden acceder a su PHI; y
- ? Tomar decisiones con más información cuando autorice la revelación de esta información a otras partes.

El adulto responsable escriba sus iniciales después de leer lo de arriba y tener sus preguntas contestadas por un empleado: _____ Testigo del personal de CSHCN: _____

Aunque su registro médico es la propiedad física del proveedor de atención médica o del centro que lo recopiló, la información le pertenece a usted. Bajo las reglas federales de privacidad, 45 CFR Parte 164, usted tiene el derecho a:

- ? Examinar y obtener una copia de su información de salud (Regla 524) con ciertas excepciones. Por ejemplo, este derecho no aplica a ningún apunte de psicoterapia que esté incluido en su registro ni tampoco a datos reunidos para procedimientos jurídicos. No hay costo por la primera copia de su *PHI*. Sin embargo, es posible que le cobren un honorario razonable por copias adicionales.
- ? Pedir restricciones en ciertos usos de su *PHI* y cómo se comparte su información. Esto significa que usted puede pedir que CSHCN no use ni comparta ninguna parte de su *PHI* con fines de tratamiento, pago ni operación de atención médica. También puede pedir que esta información no sea revelada a parientes ni amigos que podrían estar involucrados en su cuidado o en el pago de sus facturas médicas. También podría querer restringir la información que se proporciona a las autoridades involucradas en esfuerzos de ayuda para víctimas de desastres. Sin embargo, no se requiere que CSHCN esté de acuerdo con las restricciones que usted pida. Si usted recibe ciertos aparatos médicos tales como un implante coclear, usted puede rehusar revelar su nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social u otra información de identidad con fines de seguimiento o para investigaciones.
- ? Pedir recibir comunicaciones confidenciales por medios alternos o en lugares alternos (Regla 522). Por ejemplo, puede pedir recibir información sobre su estatus de salud en un cuarto privado especial o a través de una carta por escrito o pedir que sus citas sean enviadas a una dirección privada. CSHCN tiene que acomodar peticiones razonables.
- ? Obtener mediante solicitud una copia en papel del aviso de prácticas de información.
- ? Pedir que se haga una corrección en su información de salud. Si usted cree que su información de salud está incorrecta, puede pedir que CSHCN la corrija. Se le pedirá que presente su petición por escrito y que especifique por qué su información de salud debe ser cambiada. Sin embargo, si la información que usted cree estar incorrecta no fue creada por CSHCN o si CSHCN no está de acuerdo con usted y cree que su información de salud está correcta, su petición podría ser negada. Si se hacen correcciones en su información de salud, tomarán la forma de enmiendas (Regla 526).
- ? Obtener una lista de cierta información de salud que CSHCN fue autorizada a compartir con otros fines que no sean los de tratamiento, pago u operaciones de atención médica que CSHCN ha hecho durante los seis años anteriores excluyendo fechas antes de la fecha de cumplimiento del 14 de abril de 2003. Esta lista tiene que incluir la fecha de cada revelación, quién recibió la información de salud revelada, una descripción breve de la información de salud revelada y por qué se hizo la revelación. CSHCN tiene que cumplir con su petición de una lista dentro de 60 días, a menos que usted esté de acuerdo con una extensión de 30 días, y CSHCN no puede cobrarle por la lista, a menos que usted haga más de una petición por año natural. La lista de revelaciones no incluirá las revelaciones hechas a usted, ni tampoco las revelaciones hechas con fines de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, seguridad nacional, aplicación de la ley / correccionales, y ciertas actividades de control de la salud (Regla 528).
- ? Revocar su autorización para usar o revelar información de salud excepto en la medida que una acción ya ha sido tomada en su nombre.

OTROS USOS PERMISIBLES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN PERMISO (AUTORIZACIÓN)

Socios de Negocios:

Ejemplos de Socios de Negocios incluyen laboratorios externos, servicios de transcripción, servicios de doctores, entrenamientos y otros servicios educativos de las Universidades de Kentucky o Louisville. La información solamente se pondrá a disposición de éstas basándose en la necesidad de saberla para las actividades asociadas con el cumplimiento con agencias reguladoras. Cuando un arreglo entre CSHCN y un socio de negocios incluye el uso o la revelación de su información de salud protegida, CSHCN tendrá un contrato por escrito que contenga términos que protegerán la privacidad de su información de salud protegida.

Salud Pública:

Como es requerido por la ley, revelaremos su Información de Salud Protegida a autoridades estatales y federales de la salud pública o de la ley que están encargadas con prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. CSHCN revelará su *PHI*, si la ley lo autoriza, a una persona que pudiera haber sido expuesta a una enfermedad transmisible o que pudiera estar a riesgo de contraer o de propagar la enfermedad o condición. Información será revelada para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad. Sin embargo, cualquier revelación sería hecha solamente a alguien autorizado para recibir esa información conforme con la ley.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):

CSHCN revelará a la FDA información de salud con relación a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de seguimiento después de la venta, para permitir retiradas, reparaciones o reemplazos de productos.

Abuso, Negligencia, Explotación:

CSHCN revelará su *PHI* pertinente a representantes del Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia quienes están autorizados por la ley a recibir denuncias de abuso, negligencia y explotación. Además, si CSHCN cree que

El adulto responsable escriba sus iniciales después de leer lo de arriba y tener sus preguntas contestadas por un empleado: _____ Testigo del personal de CSHCN: _____

usted ha sido víctima de abuso, negligencia, explotación o violencia doméstica, CCSHCN revelará su *PHI* pertinente a la agencia gubernamental autorizada para recibir tal información.

Control de la Salud:

CCSHCN revelará su *PHI* a agencias de control de la salud tales como Departamentos de Salud y Servicios Humanos federales y estatales, u Organizaciones de Evaluación por Pares para Medicare/Medicaid, para actividades tales como auditorías, investigaciones e inspecciones, o cumplimiento con leyes de derechos civiles. Podríamos revelar su información de salud a autoridades para que puedan observar, investigar, inspeccionar, disciplinar u otorgar licencias a personas que trabajan en el sistema de atención médica o para programas de beneficios gubernamentales.

Investigaciones:

CCSHCN revelará información a investigadores cuando una junta revisora institucional ha revisado el proyecto de investigación y ha establecido protocolos para asegurar que la privacidad de su información de salud será protegida.

Los Coroner, Directores de Funerarias y Donaciones de Órganos:

CCSHCN revelará *PHI* a un *coroner* (un oficial encargado de investigar muertes), médico forense o director de funeraria con fines de identificación, para determinar la causa de muerte o para que el *coroner* o médico forense pueda desempeñar sus otros deberes autorizados por la ley. *PHI* puede ser usada y revelada con fines de donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.

Aplicación de la Ley/Procedimientos Legales:

CCSHCN revelará registros de salud con fines de aplicación de la ley como es requerido por la ley o como respuesta a una citación válida, petición de exhibición de pruebas u otro proceso legal. Además, CCSHCN revelará información al gobierno por razones de seguridad nacional e inteligencia.

Correccionales:

Si usted llega a ser un recluso en un correccional, CCSHCN revelará al Gabinete de Correcciones la información de salud necesaria para su salud y para la salud y seguridad de otras personas.

Compensaciones a Trabajadores:

CCSHCN revelará información de salud hasta el punto autorizado por la ley y en la medida necesaria para cumplir con leyes relacionadas con compensaciones a trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

CUÁNDO CCSHCN NO PUEDE USAR NI REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN AUTORIZACIÓN

Si no es por las razones indicadas arriba, CCSHCN no usará ni revelará sus datos sin su permiso (Autorización) por escrito. Si usted autoriza que CCSHCN use o revele sus datos de otras maneras, puede revocar su permiso por escrito en cualquier momento. Una vez que revoque su permiso, CCSHCN ya no podrá usar ni revelar sus datos por las razones indicadas en su autorización original.

DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Este aviso será fijado en un lugar visible en las Oficinas Administrativas de la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica en 310 Whittington Parkway, Louisville, Kentucky 40222, y dentro de cada División y oficina de la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica. Se proporcionará una copia en papel a los individuos y el aviso será mantenido en el sitio web de CCSHCN para descargar.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR DE UN PROBLEMA

Si usted tiene preguntas o inquietudes con respecto a sus derechos de privacidad o a la información en este aviso por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad en la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica al número indicado en la página dos.

Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja a CCSHCN o a Office of Civil Rights; US Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, DC 20201; o a OCR Hotlines - Voz: 1-800-368-1019. CCSHCN no tomará represalias en su contra si usted elige presentar una queja de privacidad o ejerce sus derechos a la privacidad.

He leído/Me han leído las Prácticas de Privacidad de la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica. Entiendo todas las partes del aviso, y todas mis preguntas han sido contestadas por un miembro del personal.

Firma de guardián/paciente: _____ Fecha: _____

Firma de personal de CCSHCN: _____ Fecha: _____

Firma de intérprete: _____ Fecha: _____

El adulto responsable escriba sus iniciales después de leer lo de arriba y tener sus preguntas contestadas por un empleado: _____ Testigo del personal de CCSHCN: _____